Über vier Fälle von Rhinophym und einen Fall von Rhinophym mit Cancroid.

JUN 22 1921

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Georg Frank, approb. Arzt.

MÜNCHEN 1915.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Über vier Fälle von Rhinophym und einen Fall von Rhinophym mit Cancroid.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Georg Frank, approb. Arzt.

MÜNCHEN 1915.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Adolf Schmitt.

Seinen lieben Eltern
und Frau C. Lehmpuhl

in Verehrung gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153312_0446

Der Verfasser macht es sich zur Aufgabe über 4 Fälle von Rhinophym zu berichten, der — Pfund-, Knollen- oder Weinnase, die, um mit v. Bruns zu sprechen, immerhin so selten ist, daß selbst die erfahrensten Chirurgen und Dermatologen nur über einzelne Fälle verfügen.

Der Name Rhinophym, der nichts anderes als wuchernde Nase (bei Rokitansky [1]) bedeutet, stammt von Ferdinand v. Hebra. Doch ist das Krankheitsbild charakteristisch genug, um schon viel früher, wenn auch unter anderem Namen, gekannt und beschrieben worden zu sein.

Charakteristisch für die Art der Erkrankung und zugleich für die Auffassung ist, daß sie zum ersten Male in der Literatur in einem satirischen Gedicht auf einen Herrn Pompilius aus dem alten Rom bespottet wird, aus dem deutlich hervorgeht, daß auch damals schon dem Weingenuß eine große Bedeutung in der Ätiologie der Erkrankung beigemessen wurde. Dieser alten Ansicht, die sich allgemein auch heute noch im Volke verbreitet findet und der erst in der neueren medizinischen Literatur widersprochen, wenn sie auch nicht fest widerlegt wurde, ist es zuzuschreiben, daß die von der Erkrankung Befallenen von jeher sich keines Mitleids von seiten ihrer Mitmenschen erfreuen konnten, ja daß sie zu allen Zeiten das Gespött der Straßenjugend waren.

In der Literatur besteht nun eine große Lücke bis zum Beginn des 17. Jahrhunderts, wo

Sennert zum ersten Male in einem medizinischen Werk einen Mann schildert, dessen Nase so groß gewesen sei, daß sie ihn beim Lesen behindert habe, weshalb er sich im Jahre 1629 einige Teile davon „wegamputieren" ließ. Die aus der nächstfolgenden Zeit stammenden Beschreibungen sind nicht ausführlicher und ohne Interesse.

Unter den vielen Namen, die dem eigentümlichen Leiden gegeben worden sind, ist die Bezeichnung Rhinophym die glücklichste, weil sie, ohne eine Erklärung bezüglich der Natur der Geschwulst aufzuoktroieren, das Leiden als solches klarlegt.

Bekanntlich segelte früher das Rhinophym allgemein unter der Bezeichnung Acne rosacea oder Acne hypertrophia, indem man es als den höchsten Grad, als das Endstadium dieser Erkrankung darstellte. Auch Ferdinand v. Hebra [2] hat, obwohl er in seinem Atlas für Hautkrankheiten den Namen Rhinophyma prägte, in seinem Lehrbuch [3], Seite 626, die Erkrankung dennoch unter dem Kapitel Acne rosacea abgehandelt. Er schildert die Acne rosacea, die im Gegensatz zu der einen entzündlichen Prozeß — eine Folliculitis — darstellenden Acne vulgaris kein exsudativer Prozeß, sondern eine Bindegewebs-Gefäßneubildung sei, im wesentlichen als einen neoplastischen Prozeß, bei dem eine eventuell vorhandene Entzündung der Talgdrüsen sicherlich eine zufällige, wenn auch häufige Komplikation bilde. Bei der Acne rosacea unterscheidet er drei Formen:

Eine Rosacea I. Grades nennt er eine Rö-

tung der Nase und angrenzenden Teile des Gesichtes, verbunden mit Sebumabsonderung und zeitweilig erhöhtem Wärmegefühl, bisweilen schon vereint mit einer geringen gleichmäßigen Vergrößerung der ganzen Nase ohne Pusteln und Protuberanzen. Als eine Acne rosacea II. Grades bezeichnet er den gleichen Zustand, nur mit etwas vorgeschrittener Vergrößerung, die schon mehr unregelmäßige halbkugelige Wulstung aufweist. Acne rosacea III. Grades oder Rhinophyma endlich heißt er die Krankheit, wenn es sich neben den vorigen Erscheinungen um eine monströse Verunstaltung der Nase mit Bildung von mächtigen, breit oder gestielt aufsitzenden Tumoren handelt.

Auch Kaposi [3] neigt dieser Ansicht zu indem er schreibt, daß der III. oder höchste Grad der Acne rosacea die sogenannte Pfundnase sei, bei der sich unregelmäßig gestaltete, neben- und übereinander sich auftürmende, manchmal auch überhängende, geschwulstartige, lappige Auswüchse von weich-elastischer Konsistenz bilden, deren allgemeine Decke von reichlich feinen bis rabenkieldicken Gefäßen durchzogen und von Komedonen und Aknepusteln durchsetzt sei. Diese Ansicht v. Hebras hat in der folgenden Zeit manches Für und Wider erfahren. Wieweit sie heute noch berechtigt ist, darauf will der Verfasser bei der Besprechung der Ätiologie des Rhinophyma zurückkommen. Er erlaubt sich zuvor die Klinik der Erkrankung und die Protokolle der Fälle zu bringen:

Klinisch versteht man unter Rhinophym eine gutartige Neubildung an der Nase, die eine

meist enorme Vergrößerung derselben hervorruft. Die Anschwellung geht von der Nasenspitze, dem einen oder den beiden der Nasenflügel aus, selten gleichmäßig an allen Stellen, wodurch sich eine höckerige, gelappte Oberfläche entwickelt. Die Zahl dieser Lappen — meist 3, oft 10 und mehr — sowie ihre Größe ist sehr variabel. Dieselben können breit aufsitzen oder gestielt wie ein Glockenklöppel, wie v. Hebra sich ausdrückt, über die Oberlippe herabhängen. Selten breiten sie sich nach der Seite zu aus, wo sie die Lidspalte zum Teil verdecken können. Doch sind auch Fälle beschrieben worden, in denen die Erkrankung ihr eigentliches Gebiet — die Nase — überschritt und sich auf Wangen und Augenbrauenbogen ausdehnte.

Die Farbe der Tumoren ist verschieden: meist rot, blaurot, zyanotisch, der Fleischwarze des Truthahns nicht unähnlich, seltener schiefergrau und pigmentiert, ganz selten weicht sie von der übrigen Hautfarbe fast gar nicht ab.

Auf ihrer Oberfläche lassen sich fast immer ektatische Gefäße als blaurote Streifen erkennen, die bis zu Rabenkieldicke anschwellen können. Doch kann auch dieses Symptom einmal ganz fehlen. Immer aber ist die Oberfläche fettig glänzend, mit sehr zahlreichen kleineren und größeren Poren durchsetzt, aus denen sich auf Druck eine reichliche Menge Talg entleert, der einen ranzigen, unangenehmen Geruch verbreitet.

Die Konsistenz der Geschwulst ist fast immer weich, elastisch oder teigig, in seltenen Fällen fest, was natürlich seine Begründung im wechselnden histologischen Aufbau der Tumoren

hat. Die Geschwulst entwickelt sich immer — und das ist typisch —, namentlich im Beginne sehr langsam; meist tritt aber nach oft 10—30 Jahren ein rascheres, stetiges oder schubweises Wachstum auf, so daß sich dann im Umlauf eines oder weniger Jahre die charakteristischen extremen Verhältnisse ausbilden.

Bei jugendlichen Individuen wurde das Übel nicht beobachtet; am häufigsten tritt es im vorgerückteren Alter, Mitte der 40er bis 70er Jahre auf. Fast immer betrifft es Männer; doch ist es in ganz vereinzelten Fällen auch beim Weibe vorgekommen; so sah Lassar ein typisches Rhinophym bei einer Engländerin, ferner liegt eine Beobachtung aus der Münchener Poliklinik [4] (Prof. Klaussner) vor von einem Rhinophym bei einer 47 jährigen Bäuerin und Fabry [5] berichtet aus der Dortmunder Klinik von einem solchen bei einer 60jährigen Frau. Damit ist also die frühere Anschauung von dem ausschließlichen Befallensein des männlichen Geschlechtes durch das Rhinophym abgetan.

Die Beschwerden der von Rhinophym Befallenen sind geringer Natur. Meist ist es außer dem Gefühl der Schwere Behinderung beim Sehen und bei Bewegungen des Mundes. Auch kann bei extremen Tumoren Atembehinderung auftreten und zwar dadurch, daß ein Nasenloch oder beide durch die Knollen komprimiert und verengt werden. Schmerzen hat der Patient jedoch nie. Meist kommen die Kranken aus rein kosmetischen Rücksichten zum Arzt und in der Tat ist die durch das Leiden verursachte Verunstal-

tung, die das Verweilen in der Öffentlichkeit verleidet, Grund genug dazu.

Wie schon eingangs erwähnt, stellt das Rhinophym eine seltenere Krankheitsform dar. In Kliniken mit reichlichem Krankenmaterial sind nur wenige Fälle beobachtet worden. So berichtet v. Bruns [7] über 11 Fälle, von denen er 8 operiert hat, v. Hebra über 4, Lassar [8] über 5, Dubreuilh [9] über 6, Fabry [5] über 4, Schneider über 1 Fall.

* * *

Der I. FALL (s. Abbildung), der dem Verfasser zur Verfügung steht, ist folgender:

K. P., pens. Wagenwärter aus München, 68 Jahre alt. Eintritt: 29. III. 12.

Die Anamnese ergibt, daß Patient bereits vor 15 Jahren wegen der gleichen Geschwulst an der Nase operiert worden, dieselbe jedoch innerhalb dieser Zeit wieder bis zur jetzigen Größe gediehen ist. Familienanamnese ohne Belang. Mit 20 Jahren machte Patient einen Typhus durch. Potus angeblich durchschnittlich im Tag 3 Liter Bier.

Status praesens: Mann von großer Figur, in mittlerem Ernährungszustand. Cor: Aktion regulär, Töne rein. Pulmones: Emphysem geringen Grades; feuchte Rasselgeräusche, namentlich im rechten Hinterlappen. Nase: Im knöchernen Teil der Nase ist nur die Haut dunkelrot gefärbt, stellenweise zyanotisch, wie auch die übrige Gesichtshaut des Patienten. Dagegen sind die Nasenspitze und besonders die freien Ränder durch geschwulstartige Höcker und lap-

pige Bildungen deformiert, welche durch die tiefen, porenförmigen Ausführungsgänge der Talgdrüsen ein schwammiges Aussehen haben; durch die alte eingezogene Operationsnarbe werden sie in mehrere Partien zerlegt. Die Konsistenz der Knollen ist derb-elastisch. Auf Druck entleert sich aus den Poren ein weißliches, dickes Sekret. Urinbefund: Albumen eben nachweisbar, Saccharum negativ.

FALL II. Z. P., Wagner aus Ingolstadt, 63 Jahre alt, verheiratet. Eintritt: 1. April 1913.

Anamnese: Vor ca. 40 Jahren fiel Patient beim Heufahren vom Wagen und konnte lange Zeit den Kopf nicht mehr bewegen. Seit dieser Zeit hatte Patient nach seiner Angabe einen starken Ausschlag auf Stirne und Wangen, am Kinn, bis hinter die Ohren sowie auf dem Schädel. Außerdem hatte er häufig starke Kongestionen; „es stieg ihm stark zu Kopf", wie er sich ausdrückt. Kopfschmerzen traten selten auf. Bald nach dem Unfall soll sich auf der rechten Nasenseite, etwas über dem Nasenflügel, ein kleines Knötchen gebildet haben, das des öfteren aufbrach, auch aufgekratzt wurde und etwas Eiter entleerte. Dasselbe bestand lange Zeit und verschwand nie ganz. Mit der Zeit wurde die Nase immer dicker, erst auf der rechten Seite, wo sich drei kleine, haselnußgroße Wucherungen bildeten. Dann griff die Krankheit auch auf den Nasenrücken und die linke Seite über; doch hatte Pat. keine Beschwerden, so daß er die langen Jahre hindurch nichts dagegen tat. Seit einem Jahr schwoll nun aber die ganze Nase immer mehr an, so daß Pat. gelegentlich Beschwerden beim

Atmen durch die Nase bekam. Er mußte, besonders um durch das rechte Nasenloch atmen zu können, den Nasenflügel nach außen ziehen. Er konsultierte einen Arzt, der ihn zur Operation an die Klinik verwies. Die Familienanamnese ergibt nichts Besonderes. Zwei Kinder sind gesund. An früheren Krankheiten litt Pat. einmal mit 44 Jahren an einer Schleimbeutelentzündung am linken Knie, mit 53 Jahren an einer Gedärmentzündung. Mit 54 Jahren wurde er am linken und 4 Jahre darauf am rechten Auge wegen grauen Stars operiert. Potus negiert. Pat. war nie ein Trinker. Wochenlang trank er kein Bier. Sonntags $1^1/_2$ Liter Maximum. Kein Schnaps. Sexuelle Infektion negiert. Nikotinabusus: Pat. raucht viel Pfeife; schnupft nicht.

Status praesens: Großer, kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande, von gutem Aussehen. Cor nicht verbreitert; I. Ton an der Spitze etwas unrein; Aktion unregelmäßig, von Zeit zu Zeit Extrasystolen. Nase: An der Nase eine höckerige, zum Teil lappige Geschwulst, die sich weich anfühlt; die Haut ist gerötet, läßt einzelne erweiterte Gefäße durchscheinen. Die Poren sind stark erweitert; es läßt sich aus ihnen ein dickes, weißgelbes Sekret auspressen. Atmung durch die Nase frei. Ferner finden sich über das ganze Gesicht sowie über den unbehaarten vorderen Teil des Schädels zahlreiche rote Knötchen zerstreut.

FALL III. P. G., Ökonom aus Lauterbach, 59 Jahre alt. Eintritt: 13. November 1913.

Anamnese: Patient hat angeblich seit seiner Kindheit häufig Pusteln und Mitesser auf

der Nase gehabt. Seit dem Jahre 1898 bemerkte er, daß die Nase immer dicker wurde und Auswüchse bekam, ohne dabei irgendwelche Beschwerden zu haben. Dieselben wurden langsam immer größer; manchmal zeigten sich kleine Pusteln, aus denen sich eine talgige Masse ausdrücken ließ. Eine Salbe zum Einreiben sowie eine Arznei hatten keinen Erfolg. Auf ärztlichen Rat kam Patient jetzt in die Klinik. Familienanamnese: Vater starb mit 68 Jahren an einem Schlaganfall, Mutter mit 70 Jahren an Altersschwäche; eine Schwester mit 21 Jahren an Lungenschwindsucht gestorben, zwei Schwestern gesund; neun Kinder leben, drei in frühem Alter gestorben. Frühere Krankheiten: Keine Entzündung an der Nase. Seit 1901 besteht ein Nierenleiden. Vor ungefähr 12 Jahren hatte Pat. einen Hautausschlag mit starkem Hautjucken. Potatorium: An Wochentagen sehr selten Alkoholgenuß, an Sonntagen durchschnittlich 4—6 Liter Bier. Sexuelle Infektion negiert.

Status praesens: Mittelgroßer Mann in mäßigem Ernährungszustande. Cor nicht verbreitert, Töne leise; neben dem I. Ton ein leichtes systolisches Geräusch. Pulmones ohne path. Befund. Nase: An der Nase eine Geschwulst von lappigem Bau, die sich weich anfühlt. Die Nase — im ganzen vergrößert — hängt mit der Spitze auf die Oberlippe herunter. An beiden Nasenflügeln mehrere knollige Exkreszenzen. Die Haut ist leicht gerötet, zeigt erweiterte Poren, aus denen sich auf Druck Talg entleert. Ferner finden sich mehrere stecknadelkopfgroße Abszesse. Auf der Stirn mehrere kleine Pusteln, wie

auch am übrigen Körper. An der Nasenwurzel eine leichte, in die umgebende Haut übergehende Rötung. Urinbefund: Minimale Spuren von Albumen, Saccharum negativ.

FALL IV. St. A., Schmied aus München, 65 Jahre alt. Eintritt: 23. Oktober 1913. Dieser Patient wurde von der II. med. Abteilung des Krankenhauses München l. d. I. auf die septische Abteilung der chirurgischen Klinik überwiesen wegen eines phlegmonösen Erysipels des linken Oberschenkels. Er wies daneben ein typisches Rhinophym mittlerer Größe auf. Bezüglich desselben ist aus seiner Anamnese zu entnehmen, daß dasselbe seit ca. 30 Jahren besteht. Anfangs war die Nase rot, dann seien „Wimmerln" aufgetreten, die aufbrachen und aufgekratzt wurden. Im Laufe von 5 Jahren erreichte dann die Nase ihre jetzige knollige Gestalt. Familienanamnese: Vater an Lungenschwindsucht, Mutter an Altersschwäche gestorben; drei Geschwister gestorben. Ernstere Krankheiten hat Patient nicht durchgemacht. Potatorium: Früher täglich 8 Liter Bier, auch jetzt noch 5 Maß. Summum 12 Liter pro die.

Status praesens: Großer Patient. Adipositas permagna. Patient hat den typischen Potatorenhabitus: rotes, gedunsenes Gesicht mit Gefäßerweiterungen auf den Wangen. Die Haut ist überall von weiten, tiefen Poren durchsetzt, zahlreiche Komedonen und Aknepusteln sind sichtbar. Die Nase ist im ganzen knollig verdickt und etwa hühnereigroß. Ihre Farbe ist rot bis blaurot; die Oberfläche uneben, von tiefen, trichterförmig eingezogenen Poren besetzt. Ein Netz

ektatischer Gefäße ist sichtbar. Die Konsistenz ist derb-elastisch; auf Druck entleert sich aus den Poren gelbweißes, dickflüssiges Sekret. Ferner finden sich mehrere ulzerierte erbsengroße Stellen.

* * *

Die ersten pathologisch-mikroskopischen Untersuchungen machte Simon [10]. Er fand eine starke Vermehrung des Bindegewebes und Erweiterung der Drüsen. Nach Rokitansky handelt es sich bei der „wuchernden Nase" um eine luxuriierende Corium- und Zellgewebsneubildung. v. Hebra findet eine Gefäß- und Zellgewebsneubildung. Nach Kaposi bestehen die Lappen und Knollen des Rhinophyms im wesentlichen aus gallertigem Bindegewebe. Lassar legt das Hauptgewicht auf die Vergrößerung und zystische Entartung der Talgdrüsen, um welche sich eine Entzündung mit nachfolgender Bindegewebswucherung etabliert und nennt diese Neubildung ein Zystoadenofibrom. Unna [11] behandelt das Rhinophym — nach ihm eine fibromatöse Wucherung und Talgdrüsenhypertrophie — als Folgezustand der sog. Acne seborrhoica. Sonderbar erscheint, daß er die Gefäßveränderung vollkommen unbeachtet läßt. Auch H. v. Hebra gibt als Hauptursache der Erkrankung Bindegewebsneubildung mit Vermehrung und Dilatation der Blutgefäße an. Das Zustandekommen der monströsen Form erklärt er sich durch Überproduktion und Rückstauung von Talg und dadurch hervorgerufener Ausdehnung der Drüsenwände. Lesser [12] ist der Meinung, daß die erweiterten und proliferierten Gefäße Ursache

der Bindegewebswucherung sind, die ihrerseits zur Verlagerung der Talgdrüsenausführungsgänge führt. Daran schließen sich dann entzündliche Vorgänge an.

Aus dem Jahre 1895 nun stammt eine von dem Japaner Dohi [13] ausgeführte mikroskopische Studie über die Erkrankung, auf Grund deren er zu anderen Anschauungen kommt. Er tritt besonders der Lassarschen Ansicht von einem Adenom der Talgdrüsen gegenüber: es sind die Drüsen an Zahl nicht vermehrt, sie zeigen sich alle in ordentlichem Zusammenhang mit den Ausführungsgängen und sind typisch lokalisiert. Es fehlen also gerade die Hauptkriterien des Adenoms. Seinen Untersuchungen nach handelt es sich um eine Hypertrophie der Drüsen und kein Adenom im pathologisch-anatomischen Sinne.

Was die Entstehung der Cysten anlangt, gibt er als Ursache dafür vorwiegend entzündliche Vorgänge an, die sich um die Drüsen und besonders um die Drüsenausführungsgänge etablieren und durch ihren exquisit chronischen Verlauf zur Bildung eines jungen Granulationsgewebes Anlaß geben, durch dessen Sklerosierung und narbige Umwandlung die ohnehin schon von übermäßig reich produziertem Hauttalg verlegten Ausführungsgänge verengt werden. Außerdem geben noch kleine akute Vereiterungen von Follikeln Veranlassung zu mächtigen Bindegewebswucherungen in der Umgebung. Doch wäre es sicherlich zu weit gegangen, die Bindegewebshypertrophie ausschließlich auf diese entzündlichen Vorgänge zu beziehen.

Die Ansicht Dohis wird von Salzer [14] in seiner sehr instruktiven Arbeit gehalten. Besonders erwähnenswert ist, daß es sich nach seinen durch Messung unterstützten Untersuchungen nur um eine Hypertrophie und Hyperplasie der Talgdrüsen handelt, die sich von normalen durch nichts als durch vergrößerte und vermehrte Läppchenbildung und erweiterte Ausführungsgänge unterscheiden. Für eine bloße Hypertrophie und gegen ein Adenom spricht ferner die fast absolute Gutartigkeit des Rhinophyms. Bei dem bekanntlich recht häufigen Übergang eines Adenoms in ein Adenokarzinom müßte eine maligne Entartung des Leidens viel häufiger sein. Auch in unseren beiden ersten Fällen fanden sich histologisch nur hypertrophische Drüsen; für die Annahme eines Adenoms der Talgdrüsen bestand kein Anlaß; im Vordergrund stand die Bindegewebshyper- und -neoplasie.

Die von Prof. Schmincke am hiesigen Pathologischen Institut des Krankenhauses l. d. I. am 6. 4. 12 vorgenommene histologische Untersuchung von Fall I ergab eine starke Hypertrophie der Talgdrüsen mit zystischer Ektasie der Ausführungsgänge und Verhornung des Epithels derselben. Das Bindegewebe der Haut zeigte in allen Schichten fleckige, chronisch entzündliche lympho-plasmozytäre Zellinfiltrate.

Den mikroskopischen Befund des Falles II konnte der Verfasser selbst erheben. Im Vordergrunde stand die Bindegewebsvermehrung. Die Talgdrüsen waren stark hypertrophiert, jedoch bestand sicher kein Talgdrüsenadenom. Ihr Epithel war regelmäßig, überall, auch in den Zen-

tren der Läppchen intakt, mit hellem Kern und schaumigem Protoplasma. Die Ausführungsgänge waren von der Hautoberfläche weit in das Gewebe hineingezogen, stark zystisch erweitert, mit verhorntem Plattenepithel ausgekleidet und von Horn- und Talgmassen erfüllt. Um die Ausführungsgänge herum, teilweise auch um Drüsenläppchen und Gefäße lokalisiert, fanden sich reichlich Zellanhäufungen, deren Komponenten vorwiegend Lymphozyten, dann Leukozyten, Plasmazellen und in einem der Schnitte eine echte Langerhanssche Riesenzelle war. Mastzellen waren nicht auffindbar, in keinem der Zellhaufen Nekrosen nachweislich. Das Bindegewebe war von lockerem Gefüge, zellreich, mit reichlichen, besonders um die Gefäße gruppierten Zellanhäufungen der gleichen Art wie oben, nur weniger dicht und groß. In demselben fielen vermehrte und teilweise etwas erweiterte Gefäße, ferner ziemlich reichliches Fettgewebe auf. Das Oberflächenepithel war mäßig verhornt, regelmäßig; im Stratum germinativum ziemlich viel gelbbraunes Pigment, das sich auch in der obersten Schicht des Coriums noch finden ließ. Der Papillarkörper war vollkommen intakt.

Fall III ist mikroskopisch leider nicht untersucht worden.

Fall IV kam unter Entwicklung der Erscheinungen eines septischen Allgemeinzustandes und einer Myodegeneratio cordis zum Exitus. Da die Sektion verweigert wurde, konnte auch hiervon ein mikroskopischer Befund nicht erhoben werden.

Die Ätiologie des Rhinophyms ist noch

nicht sicher festgestellt. Die früher weitverbreitete Meinung, daß das Leiden durch starkes Potatorium hervorgerufen würde — Ollier nennt es geradezu Elephantiasis des buveurs — ist sicher unbegründet. v. Bruns, v. Hebra, Trendelenburg und Lassar bestreiten, daß Potatorium ätiologisch von Wichtigkeit sei. Hebra schreibt, um seine Ansicht zu begründen, man müßte dem Rhinophym sehr häufig begegnen, wenn es durch Potatorium hervorgerufen würde: denn — wie viele Trinkernasen sehe man und wie wenig Knollennasen. Lassars Ansicht, daß die Personen zum Rhinophym disponiert seien, die besonders weite Poren haben, hat viel für sich. Er nimmt einen allerdings unbekannten Reiz an, der in den Talgdrüsen steckt und zwar in der Nähe der Ausführungsgänge, weil mit ihrer operativen Entfernung auch das Leiden beseitigt sei. Ferner möchte Verfasser mit der alten Ansicht, die sich aber noch in der neuesten Literatur findet, gebrochen sehen, daß das Rhinophym sich immer aus einer Acne rosacea entwickle. Feststehend ist, daß in vielen Fällen eine Acne rosacea vorausging. Nach der Erfahrung v. Bruns hat jedoch die große Mehrzahl der Fälle mit derselben nichts zu tun. Mit der Tatsache allein schon, daß einwandfreie Fälle von Rhinophyma beobachtet wurden, die ohne vorangehende Acne rosacea entstanden sind, ist diese alte Ansicht widerlegt. Auch gibt der Umstand zu denken, daß das Rhinophym beim weiblichen Geschlecht so selten ist, wogegen die Acne rosacea, besonders die I. Grades, sich nach v. Hebra vorzüglich beim „schönen Geschlecht" findet.

Der Verfasser schließt sich in dieser Frage Kaposi an, daß die Entstehung des Rhinophyma in einer Angioneurose begründet ist, was durch Dohis Untersuchungen gleichfalls gestützt wird. Diese ist dann Ursache der Hypersekretion und Hypertrophie der Talgdrüsen, der Hyperkeratosis in den Ausführungsgängen, der entzündlichen Erscheinungen. Interessant ist hier die Tatsache, auf die Barlow hingewiesen hat, daß an Nävusbildungen mit Teleangiektasien sich sekundär Hyperplasie der Talgdrüsen anschließen kann. Von diesem Standpunkte aus betrachtet, rückt auch die als fraglich hingestellte traumatische Entstehung des Rhinophyma in ein anderes Licht, die in unserem Fall II in Betracht zu ziehen ist. Doch ist als zweiter ätiologischer Faktor eine ererbte Disposition im Sinne Lassars nicht von der Hand zu weisen und in allen vier Fällen fanden sich die Zeichen dieser Disposition: die großen Hautporen.

Eine vorausgegangene Acne rosacea war in Fall I, II und IV nicht zu ermitteln, in Fall III jedoch noch deutlich nachweisbar.

Weiter war vielleicht im Fall I und V ein Potatorium mittleren Grades vorhanden, im Fall II und III ist es sicher auszuschließen. Fall IV allerdings war ein Potator strenuus.

Differentialdiagnostisch boten unsere Fälle keine Schwierigkeiten, wie immer bei so weit vorgeschrittenen Fällen. Die typische Lokalisation, die langsame Entwicklung des Leidens innerhalb 15, 40, 15 und 30 Jahren, schließlich der übrige klinische Befund machten hier eine Schnelldiagnose möglich. Jedoch ist bei jüngeren

Fällen besonders eine strenge Unterscheidung des Rhinophyms von der echten Elephantiasis arabum notwendig. Schon klinisch besteht nach v. Hebra ein Unterschied, da ersteres nie unter entzündlichen Erscheinungen beginnt. Die chronischen erysipeloiden Entzündungen und wirklichen Erysipele, der Grund zur Bindegewebsvermehrung und zum sekundären chronischen Ödem wie bei der echten Elephantiasis fehlen beim Rhinophym ganz. So kann man auch eine durch Elephantiasis befallene Hautpartie durch systematisch angelegte Druckverbände für längere Zeit durch Verdrängung des Ödems verkleinern, während dies bei einem Rhinophym nur so weit möglich ist als die Verkleinerung der Menge des verdrängten Blutes entspricht und so lange der Druck wirkt. Sofort nach dessen Aufhören stellt sich mit dem einströmenden Blut das alte Volumen wieder her. Auch sonst unterscheiden sich beide Erkrankungen wesentlich. Bei der Elephantiasis arabum herrscht, besonders bei nicht zu langem Bestand des Übels, das Ödem vor, so daß beim Einschneiden in das erkrankte Gewebe eine eiweißhaltige Flüssigkeit abfließt; beim Inzidieren in ein Rhinophym ist immer die Blutung das Auffallendste. Entgegen dem Rhinophym, dessen Sitz immer oberflächlich vorwiegend im Corium ist, betrifft die Elephantiasis arabum die tieferen Partien der Haut, also die Subcutis und in extremen Fällen auch das Knochengerüst. Es tritt bei längerem Bestand derselben, wie dies an der Tibia schon lange bekannt und in einem seltenen Falle von Elephantiasis der Nase sichergestellt ist, eine Periostitis ossificans auf.

Gegen Lupus vulgaris ist auch das beginnende Rhinophym wohl leicht abzugrenzen: dort die charakteristische Abschilferung der Haut, rote Knötchen, die unter dem Druck des Glasspatels eine aschgraue Färbung annehmen.

Eine Verwechslung mit Rhinosklerom könnte vorkommen: auch dieses ist eine exquisit chronisch verlaufende Erkrankung der Nase; jedoch beginnt hier der Prozeß stets an der Nasenschleimhaut, meist an den Choanen, greift dann auf die Muscheln und Septum, Vestibulum und schließlich auf die Haut über, wo aber im Gegensatz zum Rhinophyma derbe, harte, weißliche Knollen von Haselnußgröße und darüber sowie derbe, ebene Infiltrate gebildet werden, deren Konsistenz v. Hebra mit der des harten Schankers verglichen hat. Auch ihr Sitz an der Knorpel-Knochengrenze der Nase ist von dem der Rhinophymknoten verschieden, die sich mit Vorliebe an der Nasenspitze und den Nasenflügeln etablieren. Wichtig zur Unterscheidung ist ferner, daß beim Rhinosklerom immer auch die Oberlippe mitergriffen ist, während das Vorhandensein von Angiektasien wieder beiden Erkrankungen gemein ist. Nach dem Gesagten dürfte eine Diagnose nicht schwer fallen, um so mehr, wenn man berücksichtigt, daß das Rhinosklerom bei uns fast nicht vorkommt und meist aus Ostpreußen und Rußland eingeschleppt wird.

Was die Prognose anlangt, so ist dieselbe natürlich quoad vitam immer eine günstige. Die ganz extrem seltenen und unsicheren Fälle, in denen von malignen Prozessen im Zusammenhang mit unserer Erkrankung berichtet wird (Marx [16]

und Lücke [21]) sind wohl bei dieser Frage außer Acht zu lassen. Das Wachstum des Rhinophyms ist, wie schon eingangs erwähnt, immer ein oberflächliches, nicht infiltierend, nicht obturierend.

Über das weitere Schicksal der Tumoren ist wenig bekannt. Es ist jedoch nach v. Hebra eine Spontaninvolution des Rhinophyma in allen Graden möglich und beobachtet: diese kann eintreten durch Resorption oder durch Selbstobliteration der Gefäße, wodurch mangelhafte Ernährung, oberflächliche Gangrän und Abfallen der Tumoren eintritt. Dies ist ohne weiteres erklärlich, weil in dem gefäßreichen Gewebe Thrombosierungen und endarteritische Prozesse arteriosklerotischer und luetischer Natur möglich und beschrieben worden sind [6]. Auch mechanische Momente, wie Abknickung gestielter Tumoren infolge ihrer Schwere sind von Einfluß.

* * *

Jetzt sei mir erlaubt, den 5. Fall einzureihen, der infolge seiner Komplikation gesondert besprochen werden muß.

FALL V. R. J., Maurer aus Freising, 66 Jahre alt. Der Patient wurde der hiesigen Klinik von der Ortskrankenkasse Freising wegen eines Karzinoms der Nase zur Behandlung überwiesen.

Die Anamnese ergibt, daß er schon seit ca. 40 Jahren an einer großen Nase leidet. In seinem 25. Lebensjahr hat Patient sich einmal das Gesicht erfroren, so daß im ganzen Gesicht und auf der Nase Blasen entstanden. Von dieser Zeit an sei das Gesicht rot geblieben und es seien von Zeit zu Zeit Pinkel aufgetreten. Doch sei die

Nase schon vorher vergrößert gewesen. Sie wuchs langsam bis zur jetzigen Größe heran. Beschwerden hat sie ihm nicht gemacht bis vor 6 Wochen, als auf der rechten Seite des Nasenrückens ein kleines Geschwür entstand, das einmal stark blutete. Familienanamnese: Vater an Wassersucht gestorben, Mutter an Schlaganfall; eine Schwester lebt, drei Geschwister gestorben, davon ein Bruder an Zuckerkrankheit. Patient hatte 17 Kinder, 5 leben. Der Vater war rotgesichtig, doch hatte er kein Rhinophym. Frühere Krankheiten: Zweimal Typhus (1872 und 1875). Seit 7 Jahren besteht ein Gallen- und Nierensteinleiden; im Harn häufig Blut. Patient ist infolge seines Gallensteinleidens in der letzten Zeit um ca. 15 Pfund abgemagert. Potatorium: 3 Liter pro die, manchmal mehr. Pat. schnupft, hat nicht viel geraucht. Infectio: negatur.

Status praesens: Großer Patient in mittlerem Ernährungszustande. Pupillen reagieren auf L. und C. Submental-, Maxillar- und Infraklavikulardrüsen nicht fühlbar. Thorax: faßförmig, starr. Lungen: Perkussion ergibt gleichen Schall; Schachtelton; Grenze am unteren Rand der 6. Rippe. Vesikuläratmen. Herz nicht verbreitert, Töne rein, Puls regelmäßig. Leber nicht vergrößert. Gallenblasengegend druckempfindlich. Gallenblase nicht tastbar. Rechte Nierengegend stark druckempfindlich.. Spez. Status: Am ganzen Gesicht bestehen kleine, teilweise mit gelblichen Krusten bedeckte Aknepusteln. Hauptsächlich auf der Stirn und an den vorderen Wangenpartien eine diffuse Rötung. Die Nase zeigt sich um das Dreifache ihres Volumens

vergrößert. Sie ist lappig verdickt und zwar in der Weise, daß die beiden Nasenflügel in Knollen umgewandelt sind und ein dritter Lappen den Nasenrücken einnimmt. Die Farbe der Tumoren ist blaurot; an einzelnen Stellen, so besonders an der Nasenspitze, zeigen sich Gefäßektasien. Die Poren der Talgdrüsen sind stark erweitert und es lassen sich aus ihnen geschlängelte, gelbliche Massen ausdrücken. Auf der Nase finden sich einige mit Krusten bedeckte Pusteln. Auf dem Nasenrücken befindet sich außerdem ein ca. markstückgroßes, längsovales Geschwür, das sich mehr nach der rechten Seite hin erstreckt. Während die übrigen Partien der Knollen sich weich anfühlen ist eine erhebliche Konsistenzvermehrung des ganzen Geschwürs zu konstatieren. Die wallartigen Ränder desselben sind knorpelartig hart, die Haut mit diesen fest verbacken.

Diagnose: Kankroid auf einem Rhinophym.

Es handelt sich nun darum: Besteht zwischen den beiden Erkrankungen ein Zusammenhang oder nicht?

Wie bei allen Hautkarzinomen kommen zwei Entstehungsmöglichkeiten in Betracht: entweder geht das Karzinom vom Deckepithel aus und ist dann ein Plattenepithelkrebs mit Verhornung oder es geht von Anteilen der Haut aus, die unter dem Deckepithel liegen, und ist dann ein sog. Coriumkarzinom. Unter diesem Namen hat Borrmann eine Gruppe von Hautkrebsen zusammengefaßt, welche sich von der ersten Form wesentlich unterscheiden. Sie zeigen die flache Form des Hautkrebses, wie er beson-

ders im Gesicht vorkommt, mit mehr drüsenähnlicher Struktur der Zapfen, zierlicheren Zellformationen, ohne Verhornung. Er wurde von Krompecher ursprünglich als der drüsenartige Oberflächenkrebs bezeichnet und sollte vom Rete Malpighi ausgehen im Gegensatz zu dem von den Stachel- und Riffzellen ausgehenden Plattenepithelkrebs. Diese Anschauung ist jedoch definitiv aufgegeben und Borrmann konnte nachweisen, daß seine Anfänge im Corium liegen und zwar in verlagerten Epithelhaufen, Haarbalg- oder Talgdrüsen. Andere, wie Borst, halten ihn seiner abweichenden Struktur wegen für ein Endotheliom.

Bezüglich des Entstehens von Hautkarzinomen, besonders auf der Stirne und auf dem Nasenrücken, wurde durch v. Volkmann, Schuchard und v. Bergmann auf einen Zusammenhang mit der an diesen Stellen besonders gerne auftretenden Seborrhoea senilis hingewiesen. Schon längst bekannt ist, daß sich Karzinome besonders gerne auf dem Boden chronisch-entzündlicher Reize bilden. Alle diese Momente sind beim Rhinophym gegeben und man kann zu dem berechtigten Schluß kommen, daß die atypische Epithelwucherung von den durch chronische Stauung alterierten Talgdrüsen ausgehen könnte.

Dennoch sind die Beobachtungen über den Ausgang von Rhinophym in Karzinom sehr spärlich. Ich konnte nur einen von Lücke [21] beschriebenen, aber recht wenig sicheren Fall in der mir zur Verfügung stehenden Literatur finden, der sich auf ein Rhinophym beziehen könnte: ein

80jähriger Mann mit bedeutender „Acne rosacea", die vor 10 Jahren zu ulzerieren begann und innerhalb einer Frist von 3 Jahren zum fast vollständigen Verlust der Nase führte. Die Operation führte zur definitiven Heilung. Eine mikroskopische Untersuchung aber ergab keine Anhaltspunkte für Karzinom mehr.

Daß es sich in unserem Fall um ein Karzinom handelt, dafür spricht der typische Beginn: spontanes Auftreten eines kleinen Geschwüres, das bei Berührung blutete, sich allmählich vergrößerte. Dafür auch der typische klinische Befund besonders die harten, wallartigen Ränder und die hart mit ihnen verbackene Umgebung. Lediglich auf dem Boden seborrhoischer Veränderungen entstehende Ulcera haben niemals verdickte Ränder. Der Fall wird zurzeit mit Röntgenstrahlen behandelt.

Die Therapie des Rhinophyma ist eine sehr vielseitige: Schäl- und Ätzpasten, Kauterisation mit der spitzen Nadel, Hochfrequenzströme mit spitzer Elektrode, Fibrolysin und Thiosinamininjektionen, Kohlensäureschnee-, Finsen- und Quarzlichtbehandlung, Röntgenbestrahlung und in neuester Zeit auch Radiumbehandlung wurden mit wechselndem Erfolg angewendet. Im allgemeinen ist aber die chirurgische Behandlung jetzt fast die ausschließliche. Zum ersten Male hören wir von einer Rhinophymoperation aus dem Jahr 1629 durch den Wittenberger Professor Daniel Sennert [18], in der er in der einfachsten Weise „einige Teile von der Nase abschnitt". Das zweite Mal finden wir die Operation einer Pfundnase erwähnt bei Chausit. Aus dem Jahre

1850 beschreibt Dr. Fr. Pauli in einem ausführlichen Bericht das vorzügliche Resultat der Operation einer enormen Hypertrophie der Nase. In der neueren Zeit haben sich nun zwei Methoden herausgebildet, die je nach der Ausbildung des Rhinophyma angewandt werden. Diese sind:

1. Die Dekortikation nach v. Hebra oder Ollier, die Morestin [19] besser und treffender l'abrasion modelante benennt, und
2. die keilförmige Exzision der erkrankten Partien im Gesunden.

Im Jahre 1879 beschrieb v. Hebra die ersten nach seiner Operationsmethode geheilten Rhinophymfälle. Er ging folgendermaßen vor: Unter Einführung des linken Zeigefingers in das Nasenloch des zu Operierenden zur Kontrolle schnitt er mit breitem Skalpelle die Höcker und überstehenden Partien an Nasenflügeln und Spitze ab. Die Blutung stillte er durch Kompression. Diesem Verfahren ziemlich gleich hat Ollier operiert, nur wandte er statt des Messers, um die profusen Blutungen zu stillen und etwaigen Erysipelen vorzubeugen, die galvanokaustische Schlinge an oder verschorfte die Schnittflächen mit dem Thermokauter. All die zahlreichen Modifikationen dieser beiden Methoden können heute mit Recht als verlassen gelten, z. B. die Weinlechnersche Rhinophymoperation mit Y-förmigem Hautschnitt und subkutaner Exstirpation des Bindegewebes, wobei es oft zur teilweisen Nekrose der Hautlappen und tiefgreifender Narbenbildung kam.. So auch die 1894 von Krohmeyer angegebene Transplantation Thiersch-

scher Epidermislappen aus dem Oberschenkel nach Ausführung der Dekortikation und sorgfältiger Blutstillung durch Fassen und Torquieren der Gefäße und Kompression. Desgleichen die Methode Gersuny, die in Abschälung der ganzen erkrankten Nasenhaut besteht mit sorgfältiger Blutstillung und Ausführung der Thierschschen Transplantation. Denn gerade die Transplantation nach Thiersch gibt, was schon Krohmeyer erfahren mußte, häufig Veranlassung zur Bildung zahlreicher von den Talgdrüsenresten ausgehender Retentionszysten und miliarer Abszesse, die spontan durchbrechen und später narbige Einziehungen darstellen. Heilen aber die Lappen ohne Abszeßbildung an, dann ist das kosmetische Resultat wiederum meist kein gutes, weil die jetzt glatte Nasenoberfläche sehr sonderlich von der großporigen Haut der Umgebung absticht. Auch v. Bruns widerrät die Anwendung der Thierschschen Transplantation gänzlich. Sie ist auch bei sorgfältiger Ausführung der Abrasio nicht notwendig, denn die in Gestalt kleiner weißer Pünktchen stehen bleibenden Talgdrüsenfundus sind Epithelinseln, von denen die Regeneration der Epidermis rasch von statten geht. Dagegen erfreut sich, wie aus der jüngeren Literatur erkennbar ist, der Flachbrenner nach Ausführung der Abrasio einer großen Beliebtheit. Abgesehen davon, daß er in dem immer etwas schwer aseptisch zu gestaltenden Operationsfeld die Infektionsgefahr herabmindert, ist er äußerst brauchbar zur raschen und bequemen Stillung der oft abundanten Blutung aus den erweiterten Gefäßen und zur folgenden feineren Modellierung

und Glättung der Nase. Baudon [20] rät, ihn nur nicht zu heiß anzuwenden um unnötige Brandschorfe zu vermeiden. Fabry, der über 12 operativ behandelte Rhinophymfälle berichtet und die Olliersche Methode besonders warm empfiehlt, gibt an die Wundflächen für 3—4 Tage mit Baiersdorfer Salicylquecksilberpflaster zu bedecken um nekrotische Schorfe zur Abstoßung zu bringen.. Wichtig bei der Kauterisation ist nach Unna und Dübreuilh die Nasenflügel nicht zu dünn zu machen wegen der Gefahr der Narbenschrumpfung.

Die zweite Methode, die keilförmige Exzision, hat besonders v. Bruns mit sehr gutem Erfolg angewandt. Er exzidiert dabei eine senkrechte Ellipse aus Nasenrücken und -spitze und je eine quere aus den Nasenflügeln, wobei er den unteren Schnitt immer dicht am Rande des Nasenloches führt. Man kann dann der Nase eine beliebige Form geben und die starke Blutung einfach durch die Naht stillen. Ein weiterer Vorteil dieser Methode ist, daß die Neigung zur Heilung per primam nach der Naht sehr groß ist, so daß man die Operierten schon nach 4—6 Tagen entlassen kann. Nach dieser zweiten Methode der Operation wurden auch unsere Rhinophymfälle behandelt.

Operation des Falles I am 2. 4. 12 in Chloroformnarkose: Durch quere Keilexzisionen sowie Abtragen einiger seitlicher Knollen wurde die Geschwulst entfernt und eine normale Nasenform hergestellt. Abklemmen der größeren Gefäße. Verschluß der Wunde durch Seidennähte. Die ziemlich starke Blutung war dadurch fast ge-

stillt; dann Anlegung eines Kompressionsverbandes. Der Thermokauter wurde nicht angewandt. Eine Nachblutung trat nicht ein. Nach 4 Tagen wurden die Nähte entfernt. Die weitere Nachschau am 11. 4. 12 ergab ein befriedigendes Endresultat: am linken Naso-Labialwinkel fand sich eine kleine Granulationsfläche; die Wunde war im übrigen reaktionslos verheilt und Pat. wurde auf seinen Wunsch als geheilt entlassen.

Operation von Fall II am 4. 7. 13 in Chloroformnarkose: Nach Abtragung der an der rechten Nasenseite befindlichen Lappen wurde aus der Nasenspitze ein etwa 2,5 cm breiter, querverlaufender Keil exzidiert. Die ziemlich starke Blutung wurde durch Fassen und Unterbinden der größeren Gefäße gestillt. Es wurde nun die stark herabhängende Nasenspitze nach oben geklappt und mit Zwirnknopfnähten fixiert. Anlegen eines Kompressionsverbandes. Am 7. 7. sah die Wunde gut aus; eine wesentliche Nachblutung war nicht erfolgt. Die Temperatur war dauernd normal, das Allgemeinbefinden gut. Am 12. 7. wurden die Nähte entfernt. Am 14. 7. war die Wunde gut verheilt und Pat. verließ am 15. 7. 13 auf eigenen Wunsch die Anstalt.

Operation von Fall III am 21. 11. 13 in Chloroformnarkose: Abtragung der Wucherungen, quere keilförmige Exzision aus dem Nasenrücken und Hebung der Nasenspitze mit wenigen Nähten. Die Blutung war gering. Anlegung eines Kompressionsverbandes. 24. 11.: Der Verband war nur etwas durchblutet. Die Wunden zeigten frische Granulationen. 1. 12.: Die Granulation schreitet gut fort. Temperatur stets normal. Am

6. 12. 13 war die Wunde gut verheilt und wurde Patient entlassen.

Das Operationsergebnis war in allen drei Fällen ein vorzügliches. Der Verfasser fügt zur Orientierung auch das Photogramm von Fall I, am Tage der Entlassung aufgenommen, bei.

Wie an hiesiger Klinik üblich wurde auch bei diesen drei Rhinophymoperationen die Allgemeinnarkose mit Chloroform der sonst häufig angewandten lokalen Infiltrationsanästhesie mit oder ohne Chloräthylspray vorgezogen. Chloräthyl allein dürfte bei einigermaßen umfangreicheren Rhinophymen nicht ausreichen, die Infiltration des Unterhautzellgewebes aber die ohnehin schwierige Arbeit des Modellierens einer neuen Nase — ob nach der einen oder der anderen Methode — erschweren.

Bezüglich der Nachbehandlung ist dem schon oben Gesagten wenig mehr hinzuzufügen. Wichtig ist bei der Keilexzision die exakte Anlegung des ersten Verbandes um lästige Nachblutungen zu vermeiden. Weiterhin sind indifferente antiseptische Salbenverbände am empfehlenswertesten. Bei Ausführung der Dekortikation werden außer Salizylquecksilberpflaster nach Anwendung des Flachbrenners gleichfalls antiseptische Salbenverbände angeraten. Empfohlen wird den ersten Verband wegen der enormen Schmerzhaftigkeit in Ätherrauschnarkose unter Anwendung des Wasserstoffsuperoxydsprays abzunehmen. Wichtig ist im Interesse einer rascheren Überhäutung die aufschießenden Granulationen durch energischen Gebrauch des Lapisstiftes niederzuhalten.

Bei derartiger Behandlung sind Rezidive selten. Treten aber einzelne Knötchen auf, so sind sie durch Stichelung mit dem Thermokauter leicht zu beseitigen.

Während das Rhinophym allmählich immer mehr in das Gebiet der Chirurgie übergegangen ist, wird seine Nachbehandlung mit ihrer subtilen Arbeit dem Dermatologen überlassen bleiben.

* * *

Am Schlusse der Arbeit gestatte ich mir, Sr. Exzellenz Prof. Dr. Ritter v. Angerer für die gütige Überlassung des Materials, Herrn Privatdozenten Dr. Ach für das der Arbeit entgegengebrachte Interesse, sowie Herrn Professor Dr. A. Schmitt für die gütige Übernahme des Referats ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Rokitansky: Handbuch der path. Anatomie, Bd. 2, 1844, pag. 52 u. 59.
2. Hebra, Ferd. v.: Atlas für Hautkrankheiten, Heft 7, Tafel 6.
3. Hebra-Kaposi: Lehrbuch d. Hautkrankheiten, 1874, I, pag. 621—634.

3a. Kaposi: Eulenburgs Realenzyklopädie, 1895, Bd. 1, pag. 200.

4. Croneberg: Dissert. München 1902.
5. Fabry Hermann: Zur operativen Behandlung des Rhinophyms. Dermat. Zeitschr., Berlin 1908, pag. 294.
6. Fenando Lux-Bahia: Arch. Bras. de méd., Okt. 1911, Nr. 5.
7. v. Bruns: Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 39, Heft 1, pag. 1, 1913.
8. Lassar: Refer. in den Monatsheften für prakt. Dermatologie, 1889, Bd. 2, pag. 376, u. 1890, Bd. 1, pag. 35, und Dermat. Zeitschrift, Bd. 2, pag. 485, 1896.
9. Dubreuilh: Über Acne rosacea.
10. Simon, Gust.: Die Hautkrankheiten, durch anatomische Untersuchungen erläutert. Bd. 3, 2. Aufl., 1851, pag. 362.
11. Unna: Histopathologie d. Hautkrankheiten, 1894, pag. 237.
12. Lesser: Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1895.
13. Dohi: Archiv für Dermat. u. Syph., Bd. 37, p. 361, 1896.
14. Solger: Archiv für Dermat. u. Syph., Bd. 57, pag. 409, 1901.

15. Barlow: Deutsches Archiv für klin. Med., Bd. 55, pag. 71, 1895.

16. Marx bei Hoffmann. Ref. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiet der Chirurgie, 1910.

17. Muchin: Ref. in den Monatsheften für prakt. Dermatol., 1912.

18. Sennert:

19. Morestin: Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1906, pag. 1030.

20. Baudon: Ref. in den Jahresberichten über die Fortschritte auf dem Gebiet der Chirurgie, 1901.

21. Lücke: Geschwülste. Ritha-Billroth, Handbuch der spez. Chirurgie, 21, pag. 273, 275.

22. Lexer: Allgemeine Chirurgie, 1906.
Borst: Lehre von den Geschwülsten, 1902.
Ziegler: Lehrbuch der path. Anatomie, Bd. 2, 1906.

Kaufmann: Pathol. Anatomie, 1909.

Schneider: Dissert. München 1905.

Egger: Dissertation, Basel 1905.

Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie: 1896 Butz und Bloembaum; 1901 Rose, Pantaloni, Romme; 1903 Dubrenihl; 1904 Wende und Beutz, Bloembaum; 1905 Bloembaum; 1906 Sick; 1911 Brade, Wickham, Degrais, Pels-Leusden.

Karl Gütig: Wiener klin. Wochenschrift, 1907, Nr. 51.

Hofmann: Zeitschrift für lar.-rhin. Grenzgebiete, Bd. 2, H. 4.

Quodiu. Rosenberg: Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Rachens, 1906.

A. Jarich: Hautkrankheiten, 1908.

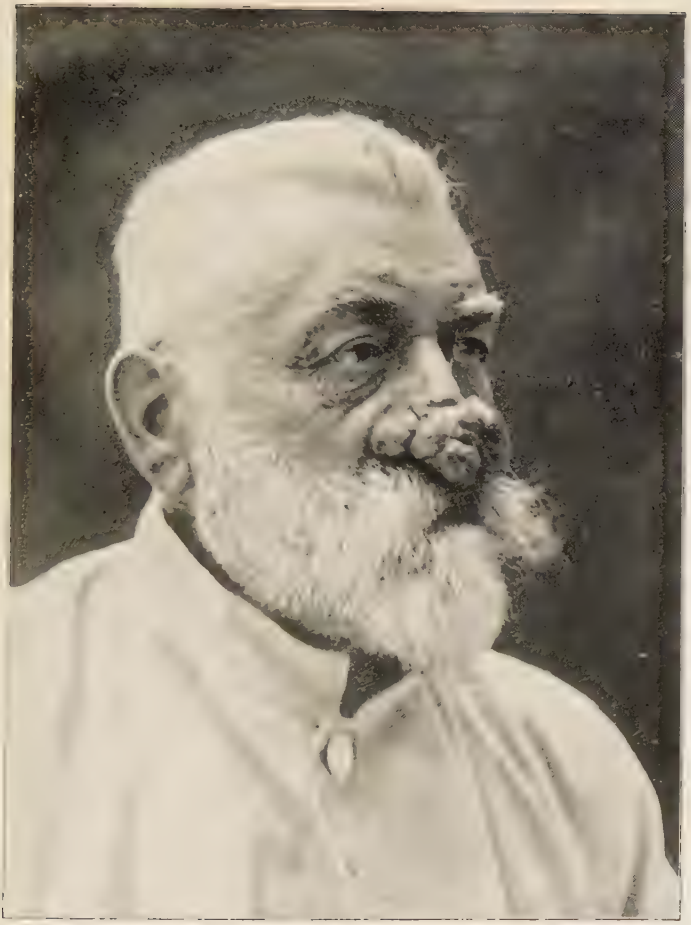
Eulenkampf: Deutsche med. Wochenschrift, 1912, S. 2388.

Lebenslauf.

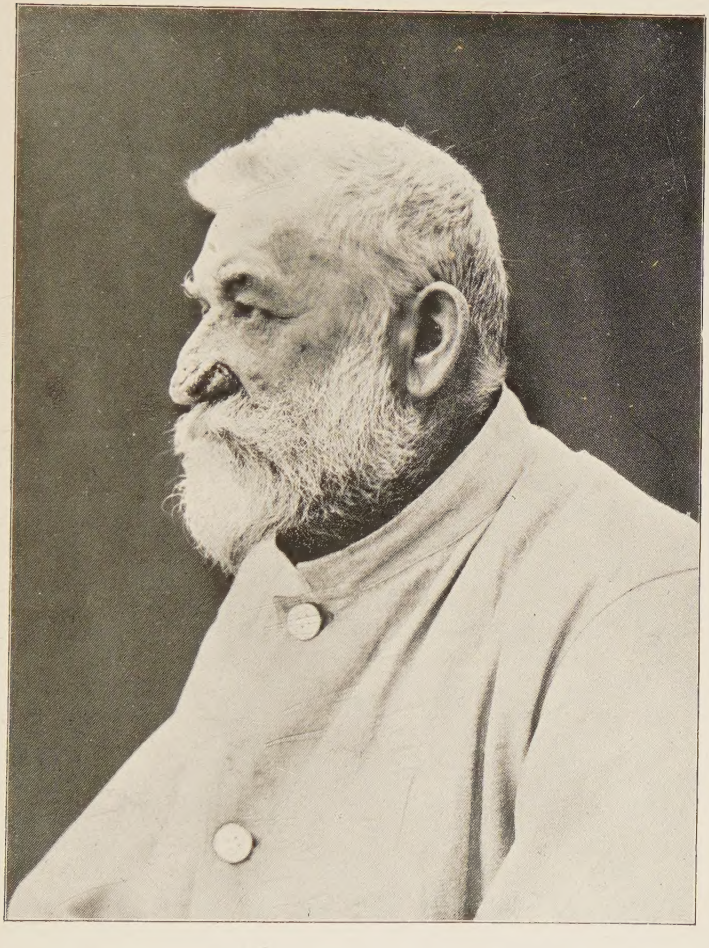
Ich wurde geboren zu Waldmünchen am 29. Januar 1890 als der Sohn des damaligen Bezirksoberlehrers Georg Frank. Mit meinem 1. Lebensjahr nach München verpflanzt trat ich nach 4jähriger Volksschulbildung in das hiesige K. Theresiengymnasium ein, an dem ich mir das Reifezeugnis erwarb. Nun widmete ich mich an der K. Ludwigs-Maximilians-Universität hier dem medizinischen Studium. Ende des 5. Semesters bestand ich die medizinische Vorprüfung; anfangs September 1914 erhielt ich meine Approbation. Während meiner Studienzeit bestrebt auch praktisch zu arbeiten, war ich bei Prof. Dr. Rückert anatomisch, bei Prof. Dürck pathologisch, bei Prof. Dr. v. Müller intern, bei Prof. Dr. v. Angerer chirurgisch, bei Prof. Dr. Amann gynäkologisch praktisch tätig. — Zu Beginn des Krieges stellte ich mich zur Verfügung des hiesigen Roten Kreuzes, das mich dem Vereinslazarett der Münchner Rückversicherung zuteilte, wo ich als Hausarzt bis zum heutigen Tage tätig bin.

München den 19. April 1915.

GEORG FRANK,
appr. Arzt.



Fall I ante operationem.



Fall I post operationem am Entlassungstage.